

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: ५/1118/1618 APPLICATION DATE: 16/11/18

NAME of APPLICANT: GOPAL MANDAL AGE-YEARS: 54 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANATH MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HINGALGANJ, BALSAR, DUTTAPARA, NORTH 24 PARGANAS, 748935, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: CONTRACT LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1600 x 12 = 19,200/- (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका पास है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	GOPAL MANDAL	54	M	SELF
2.	SANDHYA MANDAL	54	F	WIFE
3.	PRASANTA MANDAL	21	M	SON
4.	SUSANTA MANDAL	16	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उड़ि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रत्यक्ष में प्राप्त होने वाला "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता मुझे प्राप्त होगी है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का हस्ताक्षर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एकाग्र न्यासी, राज, चक्रवर्त्य द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोचित है मुझे प्रत्येक सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एकाग्र न्यासीयों का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेख को हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का समझौता)

By affixing here-under, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हमलावे की ओर से समझे/पेगी को "संविदा का पञ्चमैमान" से विधिवत सहायता देते दिखाएंगे की बातें हैं। बिना हम (हमलावे) निम्न प्रकार से राज्य व जनोपरकार करते हैं।

1. यह कि न तो कविवर और न ही पश्चिम में विविध सहायक किलों पर सारकारी संरक्षण या किसी अन्य तरीके से उन्का रोकथाममें ये लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कॉलेज फाउन्डेशन" से मिलीरिहायिबिलिटी उन्का के सम्बन्ध में "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनीति अतिरिक्तसकल हेतु मन्तुर नही किया जात है तो अममल किसी अन्य तौर सारकारी संरक्षण या किसी अन्य सन्तुधन से सहायता लेने का अधिकार सुविध राखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अममल द्वितीय मरद उन्का रोकथाममें हेतु किसी तौर सारकारी संरक्षण या किसी अन्य सन्तुधन से नही लेण/लेणै।
2. "कॉलेज फाउन्डेशन" से ही र्ण सहायक केवल विविध इक्की की है। ऐनी पर अममल द्वारा र्ण र्ण सहायक या किये गये उपकरप्रक्रिया का चुनाव ऐनी र्ण अममल के बीच का विषय है और "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नही है। इसलिये अममल में ऐनी के इत्तार मुरत और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐनी र्ण अममल पर होती और "कॉलेज फाउन्डेशन" को कोई भनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होणै।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 16/11/18	Dr. Alok Agrawal MRB, MB, PhD(Eye), FFRCNED Reg. No. 34113 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) युग्म व रुग् हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	